

# Вплив супутньої вісцеральної патології на інтенсивність свербіжжю шкіри у хворих на червоний плоский лишай

Ошивалова О.О.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

## ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ИНТЕНСИВНОСТЬ ЗУДА КОЖИ У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ

Ошивалова Е.А.

Обобщены данные обследования 83 больных красным плоским лишаем с сопутствующей соматической патологией; из них 65 больных (в том числе 44 с атипичными и 21 – с типичными формами дерматоза) отмечали наличие зуда кожи разной степени интенсивности. Степень активности зуда оценивали при опросе пациентов по пятибалльной шкале и соотносили с клинической формой дерматоза. Наибольшее количество баллов набрали группы больных с выраженным зудом (57 баллов), умеренным зудом (48 баллов) и больные, которые отмечали болезненный зуд локального характера (44 балла). Наличие и/или интенсивность зуда у больных этих групп было обусловлено эндокринно-метаболическими изменениями на фоне патологии гепатобилиарной системы, поджелудочной и/или щитовидной желез с участием функциональных нарушений центральной нервной системы.

## THE EFFECT OF CONCOMITANT VISCERAL PATHOLOGY ON INTENSITY OF SKIN ITCH IN PATIENTS WITH LICHEN RUBER PLANUS

Oshyvalova O.O.

The examination data on 83 patients with lichen ruber planus and concomitant somatic pathology are summarized. According to the data, 65 patients (including 44 ones with atypical and 21 – with typical forms of the dermatosis) have noted the presence of skin itch of different degree of intensity. The numerical score of itch activity has been evaluated by questioning the patients according to 5-point scale and has correlated with the clinical form of the dermatosis. The greatest number of points has been scored by the groups of patients with pronounced itch (57 points), moderate itch (48 points) and by the patients who have noted painful itch of local character (44 points). The presence and/or intensity of itch in patients of these groups have been caused by the endocrine-metabolic changes against a background of pathology of the hepatobiliary system, pancreas and/or thyroid gland involving the functional disorders of the central nervous system.

**Вступ.** Свербіжжю шкіри – це захисний акт, який формується під впливом багатьох причин та порушує загальний стан організму, викликаючи роздратованість, збудженість, знижує працездатність, негативно впливає на якість життя. [1].

Причини свербіжжю різноманітні. Виділяють екзогенні та ендогенні фактори, що обумовлюють виникнення свербіжжю (але нерідко вони можуть співвідноситись у одного і того ж пацієнта):

- до екзогенних факторів відносяться подразники [1, 2]:

- 1) біологічного характеру (кліщі, комахи, кропива та інші рослини);
- 2) фізичного характеру (низькі та висо-

кі температури, інсоляція, барометричний тиск);

3) хімічного характеру (професійні та побутові хімічні розчини);

4) медикаментозного характеру (антибіотики, анальгетики, вітаміни, білкові препарати та ін.);

- тригерними факторами є:

1) бактеріальна, вірусна, мікотична інфекції;

2) гельмінтні інвазії;

- ендогенними причинами виникнення свербіжжю є:

1) системні нейроендокринні порушення (функціональні та органічні порушення центральної нервової системи (ЦНС): пси-

хоємощійний стрес, психоз, пухлини різних відділів головного мозку);

2) вісцеральна патологія.

Спостерігається чіткий зв'язок свербіж шкіри з ендокринно-метаболічними захворюваннями (цукровий діабет, тиреотоксикоз, гіпотиреоз, менопауза). Більше 50 % хворих на ниркову недостатність страждають свербіжем шкіри різної інтенсивності [3, 4]. При захворюваннях печінки свербіж також є частим симптомом (за даними P. Sascoub *et al* при вірусному гепатиті С свербіж шкіри зустрічається у 15 % хворих, а при первинному біліарному цирозі – у 80 % [5]). У загальній симптоматиці метаболічних порушень при соматичній патології:

- атеросклероз (старечий свербіж);

- подагра;

- шлунково-кишкові захворювання (гастрит, ентероколіт, порушення моторики кишечника та ін.);

- гематологічні захворювання (поліцитемія, залізодефіцитна анемія, лейкози), –

свербіж різноманітної інтенсивності являється важливою діагностичною ознакою, що виникає вторинно. Як паранеопластичний симптом, свербіж шкіри (сигнал неблагополуччя) має виключне значення для своєчасного виявлення на ранніх стадіях злоякісних новоутворень [3-5].

Свербіж шкіри займає одну із ведучих позицій в симптоматиці алергічних, імунозалежних та нейрогенних дерматозів, таких як [6-8]:

- atopічний дерматит;

- екзема;

- псоріаз;

- червоний плоский лишай (ЧПЛ).

Згідно літературним даним [7, 8]:

- свербіж шкіри більш притаманний для пацієнтів з типовою дисемінованою або генералізованою, еритематозною формами ЧПЛ;

- при гіпертрофічній (бородавчатій, верукозній) формі відмінною рисою є болісна сверблячка;

- слабкий свербіж характерний для атрофічної, пігментної форм дерматозу.

Свербіж супроводжує клінічні (морфологічні) прояви дерматозу або передує їм; при цьому немає прямої кореляції між інтенсивністю свербіж та тяжкістю основного захворювання. Розрізняють локалізований та генералізований свербіж шкіри різної інтенсивності. Механізм формування свербіж – системний процес із включенням периферичних та центральних від-

ділів нервової системи (ансамбль рецепторів, нейронів, провідникових шляхів, медіаторів, секреторних клітин, біологічно активних речовин) [9, 10].

Патогенез виникнення свербіж у хворих зі сверблячими дерматозами різного генезу залишається дискусійним; багато клінічних спостережень та досліджень дозволяють констатувати факт зменшення або припинення свербіж після успішного лікування не тільки основного, а й супутніх соматичних захворювань, що вказує на необхідність диференційованого підходу до підбору терапії [11].

Підсумовуючи, необхідно відмітити, що проблема вивчення свербіж шкіри є міждисциплінарною, а в клінічній медицині вона охоплює фізіологію та патологію шкіри, нейроендокринної системи та метаболічних порушень при вісцеральній патології.

**Метою дослідження** було вивчення у хворих на ЧПЛ впливу супутньої соматичної патології в залежності від форми дерматозу на наявність та/або інтенсивність свербіж шкіри.

**Матеріали та методи дослідження.** Нами проведено обстеження 83 хворих на ЧПЛ (серед них 36 чоловіків та 47 жінок у віці від 16 до 84 років) з різними клінічними формами дерматозу. Усім пацієнтам було проведено комплексне клінічне обстеження в амбулаторних умовах з метою виявлення супутньої соматичної патології. У 78 хворих на ЧПЛ виявлено вісцеральну патологію різного генезу:

- захворювання шлунково-кишкового тракту (холецистит, дисфункція жовчовивідних шляхів, хронічний гепатит, дисбіоз кишечника та ін.) – у 76 хворих;

- патологію серцево-судинної системи (ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, міокардіосклероз) – у 72;

- патологію центральної та периферичної нервової системи – у 45;

- ендокринні порушення (гіпотиреоз, тиреотоксикоз, цукровий діабет 1 або 2 типів, ожиріння) – у 39;

- захворювання крові (В-12-фолієва анемія, мієлолейкоз, лімфолейкоз) – у 9;

- злоякісні новоутворення (шлунково-кишкового тракту, сечостатевої системи та ін.) – у 11 хворих.

У залежності від виявленої супутньої патології, пацієнти були консультовані суміжними фахівцями.

Серед хворих на плесканий лишай (ПЛ) було виявлено 10 клінічних форм дерматозу:

- типова та типова розповсюджена – у 29 хворих;
- лінійна – у двох;
- еритематозна – у 5;
- пігментна – у 13;
- гіперкератотична – у 12;
- бородавчата – у 14;
- атрофічна – у 6;
- пемфігоїдна та перифолікулярна – у двох хворих, –

які були згруповані згідно типовим (29 хворих) та атиповим (54 хворих) формам дерматозу.

Також у 17 хворих на ПЛ було діагностовано синдром Grinspan (сполучення ПЛ з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом), і у од-

ного хворого діагностовано синдром Piccardi–Lassueur–Graham–Little (сполучення ПЛ та алопеції). Ступінь активності свербіжів оцінювали при опитуванні пацієнтів за п'ятибальною шкалою та співвідносили з клінічною формою дерматозу, де:

- 0 балів – відсутність свербіжів;
- 1 бал – незначний локалізований свербіж;
- 2 бали – свербіж помірної інтенсивності;
- 3 бали – виражений свербіж;
- 4 бали – «болісна сверблячка» локального характеру;
- 5 балів – генералізований свербіж.

**Результати та їх обговорення.** Згідно анамнестичним даним, 83 обстежених нами пацієнтів з ЧПЛ, було виявлено наявність свербіжів різного ступеня інтенсивності у 65 (78,3 %) хворих (Табл. 1), серед них 21 хворий з

Таблиця 1 - Наявність свербіжів шкіри різного ступеня інтенсивності у хворих на червоний плоский лишай в залежності від клінічної форми дерматозу (згідно нашим дослідженням).

Клінічна форма дерматозу	Відсутність свербіжів	Наявність свербіжів	Наявність свербіжів різної інтенсивності (у балах)				
			Незначний локалізований (1 бал)	Помірної інтенсивності (2 бали)	Виражений (3 бали)	«Болісна сверблячка» локального характеру (4 бали)	Генералізований (5 балів)
<b>Типові форми (n = 29):</b>	<b>8 9,6 %</b>	<b>21 25,3 %</b>	<b>3 (3 бали) 3,6 %</b>	<b>7 (14 балів) 8,4 %</b>	<b>10 (29 балів) 12,1 %</b>	-	<b>1 (5 балів) 1,2 %</b>
- типова (n = 27)	8	19	3 (3 бали)	6 (12 балів)	10 (29 балів)	-	-
- типова розповсюджена (n = 2)	-	2	-	1 (2 бали)	-	-	1 (5 балів)
<b>Атипові форми (n = 54):</b>	<b>10 12,1 %</b>	<b>44 53,0 %</b>	<b>6 (6 балів) 7,2 %</b>	<b>17 (34 балів) 20,5 %</b>	<b>9 (27 балів) 10,8 %</b>	<b>11 (44 бали) 12,3 %</b>	<b>1 (5 балів) 1,2 %</b>
- лінійна (n = 2)	-	2	1 (1 бал)	1 (2 бали)	-	-	-
- еритематозна (n = 5)	-	5	-	2 (4 бали)	2 (6 балів)	-	1 (5 балів)
- пігментна (n = 13)	3	10	2 (2 бали)	8 (16 балів)	-	-	-
- гіперкератотична (n = 12)	1	11	2 (2 бали)	2 (4 бали)	4 (12 балів)	3 (12 балів)	-
- бородавчата (n = 14)	2	12	-	1 (2 бали)	3 (9 балів)	8 (32 бали)	-
- атрофічна (n = 6)	4	2	1 (1 бал)	1 (2 бали)	-	-	-
- пемфігоїдна та перифолікулярна (n = 2)	-	2	-	2 (4 бали)	-	-	-
<b>РАЗОМ:</b>	<b>18 21,7 %</b>	<b>65 78,3 %</b>	<b>9 (9 балів) 10,8 %</b>	<b>24 (48 балів) 28,9 %</b>	<b>19 (57 балів) 22,9 %</b>	<b>11 (44 бали) 12,3 %</b>	<b>2 (10 бал.) 2,4 %</b>

типовою і 44 – з атиповою клінічними формами захворювання; зокрема:

- найбільшу кількість балів (по інтенсивності свербіж) набрала група з 19 хворих з вираженим свербіжем (57 балів), серед них 10 хворих з типовими і 9 – з атиповими формами дерматозу (еритематозна, гіперкератотична, бородавчата), що мали різноманітну локалізацію, розповсюдженість ураження і характеризували симптом свербіж, як «виражений»;

- група з 24 хворих, що набрала 48 балів, характеризувала свербіж, як «помірний»; серед них 7 хворих з типовою формою і 17 – з атиповими формами ЧПЛ (переважно з пігментною – 8 хворих);

- група з 11 хворих з атиповими гіперкератотичною (3 хворих) та бородавчатою (8 хворих) формами дерматозу, що набрала третю за величиною кількість балів (44 балів), відзначала болісний свербіж локального характеру;

- група з 9 хворих, що набрала 9 балів, характеризувала свербіж, як «незначний локалізований»;

- у двох хворих (10 балів) відмічався генералізований свербіж (типова розповсюджена та еритематозні форми захворювання);

Таблиця 2 - Частота виявлення супутньої соматичної патології у хворих на червоний плоский лишай відповідно ступеням інтенсивності свербіж шкіри (згідно нашим дослідженням).

Ступені інтенсивності свербіж шкіри	Виявлена супутня соматична патологія							
	Патологія ЦНС	Цукровий діабет	Порушення функції щитовид залози	Ожиріння	Патологія печінки	Дисфункція жовчовивідних шляхів	Гематологічні захворювання	Онкологічні захворювання
Відсутність свербіж (n = 18)	++	< +	< +	+	+	++	< +	< +
Наявність свербіж (n = 65)	++	++	++	+	++++	++++	< +	< +
Незначний локалізований (n = 9)	< +	< +	< +	< +	< +	+	< +	-
Помірної інтенсивності (n = 24)	+	< +	< +	< +	++	++	< +	< +
Виражений (n = 19)	+	< +	< +	< +	+++	++	+	< +
«Болісна сверблячка» локального характеру (n = 11)	< +	++	< +	< +	++	+++	< +	+
Генералізований (n = 2)	< +	-	< +	-	< +	< +	< +	-

ПРИМІТКИ: + у нашому дослідженні відповідає 10,25 %;  
< + – кількість випадків менше 10,25 %.

- група з 18 хворих з ЧПЛ не скаржилась на свербіж шкіри; серед них 8 хворих з типовою формою і 10 – з атиповими формами, переважно пігментною та атрофічною.

Аналізуючи результати проведеного клінічного та клініко-лабораторного обстеження хворих з різними клінічними формами ЧПЛ, ми згрупували дані супутньої соматичної патології, що може слугувати причиною виникнення та/або посилення свербіж шкіри відповідно сформованих груп пацієнтів з різними ступенями інтенсивності свербіж (Табл. 2).

У нашому дослідженні у хворих на ЧПЛ виявлена вісцеральна патологія, яка патогенетично може впливати на наявність та/або інтенсивність свербіж шкіри. Відповідно даним Табл. 2, свербіж був обумовлений ендокринно-метаболічними змінами на фоні патології:

- гепатобіліарної системи (хронічні гепатити різної етіології, дискінезії жовчовивідних шляхів);

- підшлункової залози (цукровий діабет);

- щитовидної залози, –

за участю функціональних порушень ЦНС. Більший ступень інтенсивності свербіж відмічали пацієнти з поєднанням вище зазначеної

патології з онкологічними або гематологічними захворюваннями. У хворих на ЧПЛ, які не вказували на наявність свербіжів шкіри, частіше реєструвались дисфункціональні порушення жовчовивідних шляхів на фоні патології ЦНС.

**Висновки.** Згідно нашим дослідженням, у 65 (78,3 %) хворих на ЧПЛ морфологічні прояви на шкірі супроводжувались свербіжем різного ступеня активності. Аналіз анамнестичних даних, результатів клінічних та клініко-лабораторних

обстежень дав можливість виділити супутню соматичну патологію, яка, можливо, патогенетично впливає на виникнення та/або інтенсивність свербіжів шкіри у хворих на ЧПЛ. Врахування характеру асоціацій вісцеральної патології при різних ступенях активності свербіжів, на нашу думку, дасть можливість індивідуального підбору терапевтичної тактики для отримання нівелювання клінічних проявів дерматозу.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Душко А.С. Зуд. Экспериментально-клинические исследования. – М., 1992.
2. Ланда Г.И. Нейрофизиологические аспекты патогенеза зуда. – М., 1993.
3. Jackson J.M. Hepatitis C and the skin // *Dermatologic Clinics*. – 2002. – Vol. 20. – P. 449-458.
4. Bonacini M. Pruritus in patients with chronic human immunodeficiency virus, hepatitis B and C virus infections // *Digestive and Liver Disease*. – 2000. – Vol. 32. – P. 621-625.
5. Singh V., Bhalla A., Sharma N., Dheerendra P.C., Agarwal R., Mahi S.K. Nasobiliary drainage in acute cholestatic hepatitis with pruritus // *Digestive and Liver Disease*. – 2009. – Vol. 41. – P. 442-445.
6. Белоусова Т.А., Кочергин Н.Г., Кривда А.Ю. Зуд кожи у дерматологических больных // *Рос. журн. кож. и вен. забол.* – 1998. - № 3. – С. 78-81.
7. Довжанский С.И. Зуд кожи. Ч. 1 // *Рос. журн. кож. и вен. забол.* – 2007. - № 4. – С. 29-33.
8. Довжанский С.И. Зуд кожи. Ч. 2 // *Рос. журн. кож. и вен. забол.* – 2007. - № 5. – С. 40-43.
9. Yosipovitch G. Pruritus // *Current Problems in Dermatology*. – 2003. – Vol. 15. – P. 143-164.
10. Etter L., Myers S.A. Pruritus in systemic disease: mechanisms and management // *Dermatologic Clinics*. – 2002. – Vol. 20. – P. 459-472.
11. Bíró T., Tóth B.I. et al. TRP channels as novel players in the pathogenesis and therapy of itch // *Molecular Basis of Disease*. – 2007. – Vol. 1772, No 2. – P. 1004-1021.